Diário semanal de diabetes gestacional

Nome: _____ Semana de: _____ Unidades: _____

Metas da minha equipe de saúde: _____

Horários de medição da minha equipe: _____

Data	Em jejum	Após o café da manhã	Após o almoço	Após o jantar	Observações / horários de refeições e medições

Registre os valores medidos. Siga os horários, as metas e as instruções da sua equipe. Não é orientação médica.